UNIVERSITE PAUL SABATIER - TOULOUSE

U.E.R. DES SCIENCES MEDICALES

ANNEE 1972 N° 149

L'ABSENCE CONGENITALE DU VAGIN ET SON TRAITEMENT

INTERET DU TRAITEMENT PAR GREFFE DE PEAU MINCE

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1972

PAR

MOHAMED ZOUHAIR SAKKA

Membres du Jury : MM. POULHES — *Président*
SARRAZIN
BASTIDE — *Assesseurs*
COSTAGLIOLA

UNIVERSITE PAUL SABATIER - TOULOUSE

U.E.R. DES SCIENCES MEDICALES

ANNEE 1972 N° 144

L'ABSENCE CONGENITALE DU VAGIN ET SON TRAITEMENT

INTERET DU TRAITEMENT PAR GREFFE DE PEAU MINCE

(Travail du Centre d'Etudes des Maladies de la Cicatrisation)

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1972

PAR

MOHAMED ZOUHAIR SAKKA

Membres du Jury : MM. POULHES — *Président*; SARRAZIN, BASTIDE, COSTAGLIOLA — *Assesseurs*

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PAUL SABATIER

President de l'Université	M. LARENG
1e Vice-Président	M. MATHIS
2e Vice-Président	M. MARTIN

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MEDICALES

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-PURPAN	M. MONNIER
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-RANGUEIL	M. ENJALBERT

- HONORIAT -

Doyen honoraire	M. CALVET
Doyen honoraire	M. BRUSTIER
Doyen honoraire	M. LAZORTHES
Professeur honoraire	M. VALLOIS
Professeur honoraire	M. TAPIE
Professeur honoraire	M. DELAS
Professeur honoraire	M. RISER
Professeur honoraire	M. BUGNARD
Professeur honoraire	M. VINVENT
Professeur honoraire	M. MOREL
Professeur honoraire	M. CALMETTES
Professeur honoraire	M. THOMAS
Professeur honoraire	M. LAGROT
Professeur honoraire	M. DESFORGES-MERIEL
Professeur honoraire	M. FABRE P.

Professeur honoraire	M. JAHIER	
Professeur honoraire	M. SENDRAIL	
Professeur honoraire	M. PONS	

- PROFESSEURS -

Clinique Médicale et Cardiologique	M. DARDENNE	Purpan
Clinique Médicale Sud	M. GADRAT	Purpan
Clinique Chirurgicale	M. GEDEON	Rangueil
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie	M. POULHES	Rangueil
Clinique Chirurgicale B et du Cancer	M. GRIMOUD	Purpan
Clinique Chirurgicale infantile et Orthopédie	M. PASQUIE	Purpan
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologique	M. FICAT	Rangueil
Clinique deChirurgie Cardio-vasculaire	M. ENJALBERT	Rangueil
Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques	M. BAZEX	Purpan
Clinique des Maladies des voies urinaires	M. LHEZ	Rangueil
Clinique des Maladies infectieuses	M. ARMENGAUD	Purpan
Clinique Médicale infantile et Puériculture	M. SOREL	Purpan
Clinique Médicale de la première enfance	M. REGNIER	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie	M. LAZORTHES G.	Rangueil
Clinique Neurologique et Psychiatrique	M. GERAUD	Rangueil
Clinique Obstétricale	M. PONTONNIER	Rangueil

- PROFESSEURS -

Professeur honoraire	M. JARRY	
Professeur honoraire	M. CHODKIEWICZ	
Professeur honoraire	M. FONS	
Clinique Médicale et Cardiologique	M. DARDENNE	Purpan
Clinique Médicale Sud	M. CAZENAVE	Purpan
Clinique Chirurgicale	M. CEDELON	Rangueil
Clinique Chirurgicale A et		
Gynécologie	M. PUECHAL	Rangueil
Clinique Chirurgicale B et de		
Cancer	M. CHAMOUD	Purpan
Clinique Chirurgicale Infantile et		
Orthopédie	M. PASQUIER	Purpan
Clinique Chirurgicale Orthopédique		
et Traumatologique	M. PUECH	Rangueil
Clinique deChirurgie Cardio-vascu-		
laire	M. ENJALBERT	Rangueil
Clinique des Maladies Cutanées et		
Syphilitiques	M. BAZEX	Purpan
Clinique des Maladies des voies		
urinaires	M. LUEZ	Rangueil
Clinique des Maladies Infectieuses	M. ARMENGAUD	Purpan
Clinique Médicale Infantile et		
Pédiatrique	M. SORET	Purpan
Clinique Médicale de la première		
enfance	M. RASCHER	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie	M. LAZORTHES G.	Rangueil
Clinique Neurologique et Psychia-		
trique	M. GERAUD	Rangueil
Clinique Obstétricale	M. PONTONNIER	Rangueil

Clinique Odanto-Stomatologique	M. CADENAT	Rangueil
Clinique Ophtalmologique	M. DEODATI	Rangueil
Clinique O. R. L. et Chirurgie Maxillofaciale	M. CALVET	Purpan
Clinique de Pneumo-phtisiologie	M. DELAUDE	Purpan
Clinique Rhumatologique	M. RUFFIE René	Purpan
Accouchement et Obstétricie Sociale	M. MONROZIES	Purpan
Anatomie	M. BASTIDE	Purpan
Anatomie Pathologique	M. FABRE Jacques	Purpan
Anatomie Appliquée	M. FABRE Jacques	Purpan
Anesthésie et Réanimation	M. LARENG L.	Purpan
Bactériologie et Virologie	Mme ENJALBERT	Rangueil
Biophysique Médicale A	M. AUVERGNAT	Purpan
Biophysique Médicale B	M. BRU	Rangueil
Cardiologie Clinique et Expérimentale	M. CALAZEL	Rangueil
Chimie Biologique	M. VALDIGUIE P.	Purpan
Electro-Radiologie	M. MARQUES	Rangueil
Embryologie Générale	M. BROUSSY Jean	Purpan
Hématologie	M. RUFFIE Jacques	Purpan
Histologie	M. BIMES	Rangueil
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie	M. DENARD	Purpan
Hygiène et Médecine Sociale	M. MONNIER	Purpan
Immunologie	M. DUCLOS	Purpan
Médecine Légale et Médecine du Travail	M. PLANQUES	Purpan
Pathologie Chirurgicale	M. DAMBRIN	Purpan
Pathologie Générale et Médecine Expérimentale	M. BOULARD	Purpan
Pathologie Médicale	M. RIBAUT	Purpan
Psysiologie	M. LAPORTE Yves	Rangueil

Pédiatrie	M. DALOUS	Purpan
Neuro-Chirurgie	M. ESPAGNO Jacques	Purpan
Psychiatrie	M. GAYRAL	Purpan
Médecine Générale Thérapeutique	M. SUC	Rangueil
Médecine Générale	M. RIBET	Rangueil
Ophtalmologie	M. BEC	Purpan
Physiologie	M. GERAL	Rangueil

- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES -

Anatomie et Organogénèse	M. JUSKIEWENSKL	Rangueil
Anésthésiologie	M. VIRENQUE C.	Rangueil
Bcatériologie-Viologie	Mme DIDIER	Rangueil
Biophysique	M. REGIS	Rangueil
Biophysique	M. GUIRAUD	Purpan
Cardiologie	M. BOUNHOURE	Rangueil
Chirurgie Générale	M. ESCAT Jean	Rangueil
Chirurgie Générale	M. COSTAGLIOLA	Purpan
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. PUEL	Rangueil
Gynécologie et Obstétrique	M. PONTONNIER G.	Rangueil
Histologie, Embryologie, Cytogénétique	M. SOLEILHAVOUP	Purpan
Immunologie, Hématologie, Maladies du Sang	M. BIERME R.	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BES	Rangueil
Médecine interne	M. FEDOU R.	Purpan
Médecine du Travail	M. PUJOL M.	Purpan
Nephrologie	M. CONTE Jean	Purpan
Neurochirurgie	M. LAZORTHES Y.	Rangueil
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique	M. UTHEZA Guy	Rangueil

Physiologie Appliquée et Pharmacologie	M. BAISSET	Rangueil
Séméiologie et Clinique Médicale	M. LAPORTE Jacques	Purpan
Thérapeutique	M. DARNAUD	Rangueil

- PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL -

Anatomie Pathologique	M. BOUISSOU	Rangueil
Biochimie Médicale	M. DOUSTE-BLAZY	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. GUILHEM	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. PLANEL	Purpan
Neurologie	M. RASCOL	Purpan
Ota-Rhino-Laryngologie	M. CLAUX	Rangueil
Physiologie	M. MONTASTRUC	Rangueil
Physiologie	M. BESSOU	Purpan
Pneumo-Phtisiologie	M. MIGUERES	Rangueil
Médecine interne	M. LE TALLEC	Rangueil

- PROFESSEURS SANS CHAIRE -

Anatomie Pathologique	M. FABRE Jean	Purpan
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENG M.B.	Purpan
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIE Pierre	Rangueil
Carcinologie	M. ESTRADE	Purpan
Chirurgie Générale	M. SARRAZIN	Rangueil
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. ESCHAPASSE	Purpan
Electro-Radiologie	M. ROULLEAU	Rangueil
Dermatologie, Vénéréologie	M. DUPRE	Rangueil
Médecine Légale	M. GREZES-RUEFF	Purpan
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BOLLINELLI	Purpan
Médecine Générale	M. ARLET	Rangueil

Parasitologie	M. LARROUY	Purpan
Pédiatrie Génétique Médicale	M. ROCHICCIOLI	Rangueil
Pneumo-Phtisiologie	M. ALBAREDE J. L.	Purpan
Pneumo-Phtisiologie	M. JOVER	Rangueil
Psysiologie	M. PAGES B.	Purpan
Radiologie	M. COMBES P.	Purpan
Rhumatologie	M. FOURNIE A.	Purpan
Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologique	M. SALVADOR M.	Purpan
Urologie	M. PONTONNIER F.	Purpan

- AGREGES -

Chirurgie Générale	M. GAUBERT	Purpan

- AGREGES LIBRES -

Chirurgie Générale	M. SOUQUET	Purpan
Pathologie Expérimentale	M. GLEIZES	Purpan
Obstétrique	M. ESPAGNO G.	Rangueil

- ADMINISTRATION -

Secretaire Général de l'Université M. PRINEAU J. P.

Liste arrêtée le 10 mars 1972

L'Université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 Mai 1891).

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

EN TEMOIGNAGE DES SACRIFICES QU'ILS
ONT FAITS POUR MOI

A MES FRERES

A MES SOEURS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A notre maitre et président de thèse

Monsieur le PROFESSEUR POULHES

Professeur de clinique chirurgicale et gynécologique

chirurgien des hôpitaux

Vous nous avez fait profiter de notre enseignement, qui a été pour nous d'un réel enrichissement qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude pour le grand honneur que vous nous faites de présider notre Jury de thèse.

A notre Jury de thèse

Monsieur le PROFESSEUR SARRAZIN

Professeur de chirurgie générale, chirurgien des hopitaux

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour avoir accepté de siéger à notre Jury de thèse.

A Monsieur le PROFESSEUR BASTIDE

Professeur d'anatomie et d'organogénèse, chirurgien des hôpitaux

En témoignage de reconnaissance pour le remarquable enseignement qu'il nous a donné pendant notre scolarité.

Avec notre profond respect

A Monsieur le PROFESSEUR COSTAGLIOLA

M. C. Agrégé de chirurgie générale, chirurgien des hôpitaux

Qui a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse faible témoignage de gratitude pour sa bienveillance et pour l'aimable accueil qu'il nous a toujours reservé.

A notre Maitre le PROFESSEUR LAGROT

Professeur honoraire

Avec nos hommages respectueux.

A Monsieur le PROFESSEUR AGREGE H. BEN AYED

Hopital CH. Nicolle à TUNIS

Qui a guidé nos premiers pas en medecine interne.

Notre passage dans son service a été fructueux.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de mon profond et respectueux attachement.

Aux MEDECINS ASSISTANTS du service du Pr. H. BEN AYED

En témoignage de mon profond respect.

A notre AMI J. HOFF

Interne des hôpitaux

Que nous remerçions pour sa fructueuse collaboration à ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre amitié.

- P L A N -

L'Absence Congénitale du vagin et son traitement.
Interêt du traitement par greffe de peau mince.

I - Introduction

II - Historique

III - Embryologie

A - Théorie classique

B - Nouvelle conception

IV - Clinique

A - Fréquence

B - Circonstances de découverte

C - Examen clinique

1 - Etude clinique

2 - Classification des anomalies

V - Méthodes thérapeutiques

A - Techniques utilisées : avantages et inconvénients

1 - Méthodes non chirurgicales

2 - Méthodes chirurgicales

a - Plasties intestinales

b - Procédés platiques

B - Observations

C - Notre méthode

VI - Indications thérapeutiques et choix de la méthode

VII - Conclusion Générale

VIII - Bibliographie

I - INTRODUCTION

"Dans le cadre des malformations génitales de la femme, l'abscence de vagin ne peut être considérée comme une entité isolée. Elle fait partie d'un tableau clinique dont le contexte est très variable. Parfois associée à un utérus normal, souvent à de profondes malfaçons génito-urinaires, cette malformation se retrouve plus ou moins souvent dans le tableau polymorphe de l'hermaphrodisme.
Elle peut rester sans inconvénient vital, elle peut au contraire entraîner des accidents graves de rétention menstruelle."
(MALINAS, Thèse PARIS 1951).

Cette question reste à l'ordre du jour puisque si SCHUBERT relevait déjà avant 1936 plus de 400 publications sur ce sujet, elle a fait l'objet du rapport de MATHIEU au Congrés Français de Gynécologie en 1969, de l'ensemble du Congré de la Fédération des Sociétés de Gynécologie de langue Française en 1955, et de nombreuses discussions et communications savantes en particulier à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris en &961, et aux XIIe Assises Françaises de Gynécologie en 1964.

Cette anomalie intéresse au premier chef, le chirurgien en raison des techniques chirurgicales nombreuses et variées qui peuvent être employées dans le but de créer un néo-vagin. Cependant, aucune de ces techniques ne met à l'abri de diverses complications et de déception tardives sur le plan de résultats.

Le but de toutes ces techniques est de rechercher dans une certaine mesure à rétablir une fonction de copulation chez la femme (la conception est assez rare, l'utérus étant presque toujours aplasique).

Les méthodes employées pour rétablir cette fonction sont de trois ordres :

- Les procédés de plastie viscérales (SCHUBERT et BALDWIN)

- La méthode orthopédique pure qui consiste à se servir d'un moule simple sans greffe (WHARTON)

- Les procédés employant des greffes de peau avec des lambeaux pédiculés ou libres (ABBE, FORGUE, FLYNN, KIRSCHENER, COUNSELLER, CHAPMAN, MAC INDOE).

Nous nous attacherons particulièrement à l'étude de ces derniers procédés employés à 6 reprises par les Professeurs LACROT et COSTAGLIOLA et qui leur ont donné toute satisfaction.

Après une étude historique succincte, nous envisagerons :

1 - Le problème embryologique posé par ces malformations.

2 - Les conditions du diagnostic, ainsi que les moyens d'exploration clinique.

3 - Les méthodes thérapeutiques et les indications.

En comparant les diverses méthodes proposées, nous nous efforcerons de préciser les raisons qui ont amené le Professeur LACROT et ses élèves à préférer la méthode de greffe de peau mince.

II - HISTORIQUE

Les anciens connaissaient déjà les malformations vaginales (désignées sous le nom de "natures bouchées"), mais n'avaient jamais cherché à en préciser les différentes formes.

Les accoucheurs et chirurgiens se sont surtout intéressés aux oblitérations vaginales s'accompagnant d'hématométries, accidents qui les forçaient à intervenir.
Et c'est à l'existence de l'hématométrie (qui est exceptionnel dans l'aplasie vaginale) que l'on doit l'isolement du premier syndrome d'aplasie vaginale (REALDUS COLOMBUS en 1572), ainsi que les premières tentatives de reconstitution chirurgicale : en effet DEHAEN en 1761 aurait tenté de créer un conduit inter-utéro-rectal, dans le but de drainer un hématomètre, mais la malade aurait succombé.

Les premières tentatives de clivage utéro-vésico-rectal effectuées par DUBOIS (père et fils) en 1817 et par DUPUYTREN se sont soldées par des échecs (mort par infection). Mais des résultats favorables furent obtenus au début du XXe siècle par WILLAUME qui en 1823 parvint à évacuer le contenu de l'utérus au prix d'une dissection laborieuse, puis en 1832 par AMUSSAT qui préféra à la dissection sanglante, la dépression progressive avec des instruments mousses.
En 1872 HEPPNER, a tenté pour la première fois de construire une néocavité par des greffes pédiculées et, LEFORT en 1876 proposa dans sa thèse d'Agrégation la création d'un néo-vagin par électrolyse.

Tandis que les anciens redoutaient l'intervention et ne la pratiquaient que la main forcée par des accidents graves, avec l'avénement de l'ère aseptique, on vit apparaître entre 1890 et 1911 un certain nombre de techniques dont certaines ne sont pas sans danger.

- HEPPNER en 1892, KURTNER, POZZI en 1911, ROUHIER en 1930 et enfin GROSSMAN en 1939 pratiquèrent des autogreffes en utilisant les grandes et les petites lèvres.
Ces autogreffes, évitant la cicatrice de prélèvement ont intéressé d'autres opérateurs.
Des greffes de membrane ovulaire (BRINDEAU 1934), de muqueuse rectale (GERSURY) et de prépuces d'enfants (ROUHIER et POZZI) furent utilisées.

- Reprenant les greffes pédiculées de HEPPNER (1872) ABBE en 1898, FORGUE en 1901 eurent l'idée de l'emploi d'un mandrin en bois, en caoutchouc, ou en matière plastique ; Ce qui a permis de perfectionner la méthode en répartissant judicieusement, et en maintenant en place les greffes prélevées (TIERSCH). En 1915, FLYNN, KIRSCHENER et WAGNER en 1930 utilisèrent un grand lambeau épithélial libre pour tapisser la cavité utéro-vésico-rectale. COUNSELLER, CHAPMAN, MAC INDOE et BANNISTER reprirent par la suite cette méthode qui fut utilisée en France par CORDIER, MALINAS, THOYERROZAT et VILAIN.

- Des greffes employant des lambeaux pédiculés prélevés sur la face interne des cuisses tentèrent GRAD (1932) qui utilisa un seul lambeau, puis DOUGLAS (1038), VIOLET, SICARD (1943), LAMY et GERMAIN, qui ont préféré l'emploi de deux

lambeaux suturés l'un à l'autre.
FRANK et GEITS (1927), voulant conserver une plus grande vitalité du greffon, le laissèrent adhérent par ses deux extrêmités sur une cuisse.

- La reconstitution vaginale à l'aide de plasties viscérales a été effectuée pour la première fois par SNEGUIREFF en 1892 qui utilise le rectum en place pour créer devant le coccyx un anus contre nature, donc incontinent.
POPOFF modifia cette technique et conserva le sphincter.
C'est en 1911 que SCHUBERT codifia une transplantation rectale qui eut un grand succés et qui porte à juste titre son nom.
La rectocolpoplastie avec l'aide de l'ampoule rectale suivie de suture du colon sigmoïde au canal eut d'autres adeptes (COTTE, SANTY, et POLLOSSON 1939).

- C'est à partir de 1905, que BALDWIN pratiqua 35 fois l'abaissement au périnée, dans le clivage utéro-vesio-rectal, d'une anse grêle sans aucune mortalité.
La technique présente des inconvénients (néo-vagin sécrétif, risques de sphacèle) et les modifications proposées par MORI (1911) COSTANTINI (1924) LETAC (1958) et d'autres ne permettent pas de considérer ce type d'intervention comme bénin.

- A peu près à la même époque que BALDWIN, ALBRECHT (1911) dans le service de WERTHEIN, utilisa par voie sacrée la première anse sigmoïde pour tapisser le clivage utéro-vésico-rectal. Puis RUGE (1913) et BOLDT (1919) employèrent la voie abdominale. Cette technique est peu suivie en France (1 cas en 1955 par ROBERT et 2 cas en 1965 par HAREL, thèse Paris) mais jouit d'une grande faveur en ALLEMAGNE (BOHDAN et HESDOUCK 1939) et dans l'est de l'Europe (NOVAK 1964).

- Dès 1832, AMUSSAT, repoussant les méthodes sanglantes proposa la création d'un néo-vagin par dépression de la région périnéale avec des instruments mousses.
FRANK, a attaché son nom depuis 1938 à ce procédé long et astreignant qui consiste, à invaginer vers le haut la muqueuse vestibulaire pour la transformer en une cavité vaginale par de courtes séances répétées régulièrement.
HOLMES en 1940 et plus récemment WILLIAMS (1957) ont repris la défense de cette technique qui retrouve un regain de jeunesse puisque MUSSET, HERVET, LEFEBVRE et FONTAN en publièrent trois cas en 1961.

- GOMBAROW (1933) ayant remarqué la tendance considérable de prolifération de l'épithélium vesticulaire et WHARTON (1940), reprenant l'idée, se contenta de cliver l'espace inter-vesico-rectal et de le maintenir par un mandrin sans greffe.
La méthode fut perfectionnée par SCHMIDT et ELMENDORF en 1937. Elle fut suivie par SIGARD, COUNSELLER, AMELINE, MALINAS et CORDIER.

A la suite de ce bref historique, nous pouvons conclure qu'aucune de ces nombreuses techniques proposées n'a réussi jusqu'à nos jours à faire l'unanimité des opérateurs.

III - EMBRYOLOGIE

L'embryologie du vagin constitue encore un des chapitres les plus contestés de l'embryologie en général et celle des organes génitaux en particulier.

A - SELON LA THEORIE CLASSIQUE

Les trompes, l'utérus et le vagin jusqu'à l'hymen se forment à partir des deux canaux de MULLER.
En effet sur un embryon de 28 mm, on remarque l'existence de deux canaux longeant les bords externes, des canaux de WOLFF pour les croiser en avant au niveau de l'extrémité inférieure du rein primitif (fig. 1). Ils s'accolent ensuite pour se prolonger jusqu'à la paroi dorsale du sinus uro-génital (TOURNEUX). A partir de ce stade qui est indifférent, va se faire la transformation vers l'un des types mâle ou femelle.
Les canaux de WOLFF, s'atrophient dans l'embryon femelle pour donner l'organe de ROSENMULLER (fig. 2).
Le ligament inguinal devenant plus tard, le ligament rond s'insère dans le cordon génital et permet de distinguer aux conduits de MULLER deux segments, un supérieur qui donnera la trompe et le pavillon, et un inférieur qui donnera l'utérus et la partie supérieure du vagin.

L'absence congénitale du vagin pourrait s'expliquer par un arrêt de développement des canaux de MULLER au niveau de l'insertion du ligament inguinal sur le cordon génital. Dans ce cas il ne peut y avoir accolement des deux extrémités inférieures des canaux de MULLER et le canal utéro-vaginal ne se formerait pas. Par la suite, il y a agénésie complète du vagin, sauf dans la partie toute inférieure de celui-ci qui est d'ori-

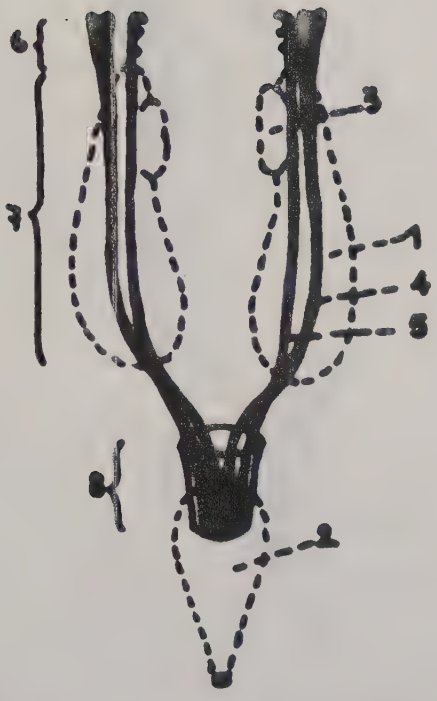


fig.1 : Schéma représentant les canaux de Wolff et de Müller au stade indifférent.

1. Mésonéphros
2. Sinus uro-génital
3. glande génitale
4. Canal de Müller
5. Canal de Wolff avec en
6. Le segment pronéphrotique et en
7. Le segment mésonéphrotique
8. Cordon génital

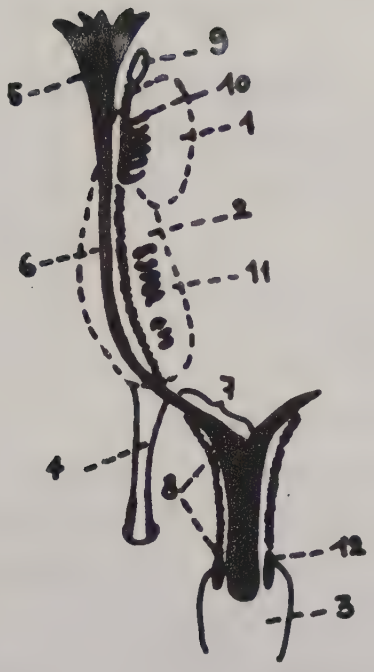


fig.2 : Schéma représentant l'état des voies génitales internes au début de la différentiation dans le sens femelle.

1. Ovaire
2. Mésonéphros
3. Sinus uro-génital
4. Ligament inguinal
5. Pavillon de la trompe
6. Trompe
7. Corne utérine
8. Canal utéro-vaginal
9. Hydatide pédiculée
10. Organe de Rosenmuller
11. Paroophore
12. Canal de Gartner

gine ectodermique. Quant à l'utérus, il est réduit au niveau des ligaments ronds, à deux petites cornes atrophiques reliées entre elles par un tractus fibreux.

B - NOUVELLE CONCEPTION

Mais il semble actuellement bien établi que le vagin ne résulte pas uniquement de la jonction des deux canaux de MULLER (fig. 3). En effet :

- Les canaux de MULLER ne s'ouvrent pas sans le sinus, leur extrémité distale est aveugle (MEYER VIHAS)

- La cause déterminante de la constitution de la colline de MULLER n'est pas l'arrivée, au contact du sinus des canaux du même nom, la colline étant déjà visible, alors que les canaux sont encore fort éloignés.

- Dans le cas d'aplasie mullérienne totale avec absence d'utérus et de trompe, il devrait y avoir - si le vagin était d'origine mullérienne - absence totale de l'hymen et de la dépression cupiliforme sus hyménéale qui cependant existent toujours.

- SNOECK et COUNSELLER, ont, lors des clivages inter-vésico-rectaux (pour absence de vagin avec absence d'utérus et de trompe) recherché par les prélèvements histologiques des débris mullériens dans cette zone, ils n'en ont jamais trouvés.

Ainsi, en ce qui concerne l'origine du vagin, il existe au niveau de la paroi dorsale du sinus uro-génital un petit renflement appelé colline de MULLER.

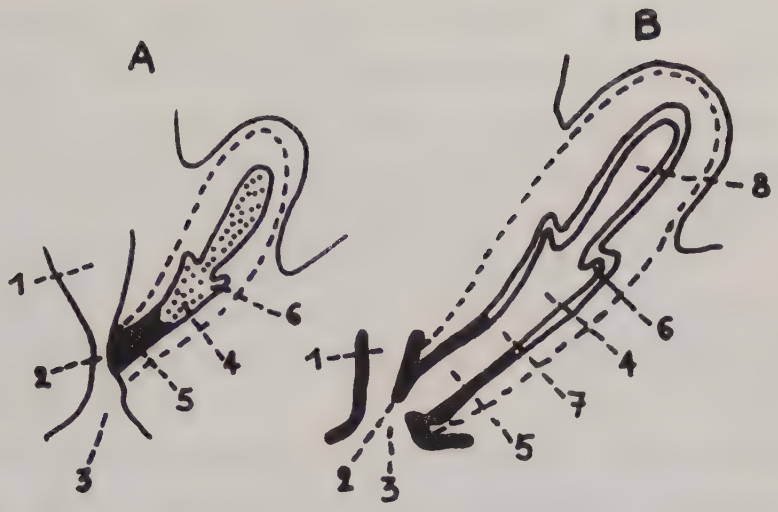


fig.3: Schémas représentant la formation de l'utérus et du vagin

la portion du vagin dérivant du sinus uro-génital est représentée en noir, celle dérivant des canaux de Müller en pointillé.

en A :
1. Sinus uro-génital
2. Tubercule de Müller
3. Segment inférieur du sinus
4. Lame épithéliale du vagin (portion müllérienne)
5. Lame épithéliale du vagin (portion sinusale)
6. Expansion lamellaire débutant le museau de tanche

en B :
1. Uréthre féminin
2. Hymen
3. Vestibule du vagin
6. Museau de tanche
7. Vagin avec en
4. Portion d'origine müllerienne et en
5. Portion d'origine sinusale

Les deux canaux du même nom très proches l'un de l'autre en bas, ne s'ouvrent pas dans le sinus au niveau de la colline, mais en sont séparés par une couche mésenchymateuse plus ou moins développée. Dans cette zone de mésenchyme va s'individualiser une colonne cellulaire qui donnera ultérieurement naissance au vagin par tubulation. L'origine de cette colonne est contestée ; mullérienne pour certains, Wolffienne pour d'autres.
Il s'emble que l'origine sinusale soit la plus probable, mais le développement de cette colonne serait sous la dépendance des canaux de MULLER.
Un retrécissement mésenchysteux autour de la partie basse de la colonne vaginale serait à l'origine de l'hymen. Au dessous de l'hymen, le vestibule est constitué par la portion pervienne du sinus urogénital.

Ce bref rappel embryclogique permet d'entrevoir la pathogénie de cette malformation.
La colonne vaginale dont le développement serait induit par le développement des canaux de MULLER voit sa croissance stoppées dans deux cas.

1 - Pour une raison quelconque, il y a atrophie des canaux de MULLER avec absence de trompes et d'utérus d'une part, et aplasie vaginale d'autre part.

2 - Par une erreur de direction, les canaux entrent en rapport avec une partie du sinus uro-génital éloignée de la colonne de MULLER, dans ce cas les trompes et l'utérus sont normaux et il n'y a pas de vagin.
Mais, dans ces deux cas, le sinus uro-génital et la partie basse de la colonne vaginale formeront l'hymen qui est constant, le vestibule et la petite dépression sus-hyméneale.

Du point de vue stictement anatomique, l'agénésie vaginale qui nous intéresse peut se classer de la façon suivante :

1 - Malformation isolée des organes géniteux : malades dont l'habitus est en générale normal et les caractères sexuels secondaires de type féminin.

Avec GRANJON nous distinguerons 3 formes classiques :

a - Absence isolée de vagin,

b - Absence du vagin associée à des anomalies génitales sous-jacentes (l'ensemble formant le syndrome décrit par ROKITANSKY (1938) KUSTER (1910) MAUSER (1958)

c - Absence du vagin avec absence des organes génitaux internes : "l'aplasie vaginale peut en effet mais non obligatoirement faire partie de cette forme particulière d'hermaphrodisme masculin qu'est le testicule féminisant (GRANJON).

Cette dernière variété est très rare.

2 - Malformations associées que nous décrirons dans le chapitre correspondant à l'étude clinique.

Quant aux facteurs initiaux déterminant cette anomalie, notre ignorance est totale.

On peut invoquer l'hérédité (quelques cas d'anomalie dans une même famille) ; les maladies infectieuses, virales métaboliques ou carentielles.

IV - CLINIQUE

Avant d'envisager l'étude clinique de l'aplasie vaginale, il serait intéressant d'essayer d'en chiffrer la fréquence.

A - FREQUENCE

La bibliographie n'est pas riche en données statistiques et les chiffres que nous trouvons n'ont qu'une valeur limitée, car l'expérience des auteurs esten général brève et l'on a décrit sous ce terme des malformations très différentes tant par leurs caractères anatomiques que par leur traitement.

L'aplasie vaginale représenterait 26 % des anomalies vulvo-vaginales qui surviendraient elles-mêmes 1 fois sur 5 000 naissances, soit environ une absence congénitale de vagin pour 20000 fammes. (RUTY, thèse, Lyon 1959), mais une statistique récente l'estime à 1 pour 5 000 femmes. Notons toutefois que MALINAS dans sa thèse (Paris 1951), faisait état de II cas dépistés en moins d'une année.

L'aplasie isolée du vagin (aspect des trompes et de l'utérus normal), semble beaucoup plus rare.
Nous avons noté les statistiques suivantes :

4 cas sur 100	Pour BRYAN
9 cas sur 63	pour MAC INDOE
1 cas sur 100	pour COUNSELLER
2 cas sur 32	pour THOMPSON-WHARTON

Cependant, c'est évidemment, la seule forme où le rétablissement de la perméabilité vaginale puisse faire espérer la survenue d'une grossesse. PILKINGTON a aussi colligé dans la littérature 23 cas de grossesse après création d'un néo-vagin.

L'examen clinique des malades atteintes d'aplasie vavinale revêt un grand intérêt. En effet, il importe avant de choisir et de proposer toute thérapeutique, d'être parfaitement renseigné sur l'anomalie elle-même, - partielle ou totale -, sur les anomalies associées qui peuvent influencer sur la décision à prendre, enfin sur l'équilibre psychique, la libido, l'utilisation prochaine d'un néo-vagin, faute de quoi, on s'exposerait à des échecs thérapeutiques.

B - CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

Elles sont très variables

1 - La malformation passe le plus souvent inaperçue dans l'enfance ;

2 - Elle est très habituellement reconnue dans la période post-pubertaire

a - soit à l'occasion d'un examen prénuptial

b - soit le plus souvent à cause d'une aménorrhée primitive.

C'est habituellement entre 14 et 16 ans que la mère amène sa fille parce qu'elle s'alarme de la non apparition des règles. C'est une aménorrhée isolée sans aucun trouble d'accompagnement.

c - dans d'autres cas se sont des troubles cycliques qui sont retrouvés par l'interrogatoire : douleurs pelviennes et mammaires à peu près mensuelles.

- Tantôt parce qu'un traitement hormonal intensif appliqué sans examen suffisant et dans le but de faire apparaître les règles est à l'origine d'un dysfonctionnement ovarien d'expression aigüe pseudo-chirurgical ou même chirurgical.

- Tantôt parce que l'existence fort rare d'un utérus fonctionnel peut entraîner une hémorragie menstruelle douloureuse mais incluse dans la cavité utérine réalisant une hématométrie avec douleurs cycliques.

- Les douleurs pelviennes cycliques en l'absence même d'utérus fonctionnel ou d'hématométrie sont fréquemment retrouvées (MOCQUOT), en rapport probablement avec le seul fonctionnement ovarien.

-Très rarement c'est à l'occasion d'hématométrie que le diagnostic a pu être porté. Le caractère cyclique de cette hématométrie ayant conduit à rechercher une fistule vésico-utérine. (figure 7).

- Exceptionnellement des rectorragies cycliques, par fistule utéro-rectale à différencier d'une endométriose - ont été signalées comme signe d'appel.

- Parfois ce sont des malformations réno-urétales révélées par une urographie intra-veineuse pratiquée pour d'autres raisons qui attirent l'attention.
L'association de ces deux types de malformations est tellement fréquente que l'une impose la recherche de l'autre.

3 - Il arrive enfin qu'après le mariage ces malades viennent consulter, le coït étant à la fois incomplet et douloureux.

a - coït vulvaire incomplet

b - coït urétro-vésical avec dilatation uréthrale accompagnée de cystite et incontinence urinaire

c - coït anal avec anorectite.

Fig. 7

Absence de vagin révélée par hématométrie.

C'est après le mariage, la cause la plus fréquente de découverte de l'anomalie.

C - L'EXAMEN CLINIQUE

1 - ETUDE CLINIQUE

a - L'examen génital bien fait permet de préciser les caractères de cette anomalie.

- La vulve étant soigneusement déplissée, on trouve des grandes et des petites lèvres bien développées, un clitoris bien formé, mais à la place du vagin, une dépression cupiliforme au niveau du vestibule et parfois un court infundibulum.

- L'urèthre est toujours très court et son méat est très postérieur (situation qui explique le coït atypique).

- L'hymen existe de façon constantesoit en totalité soit en partie. Son existence explique peut-être le fait qu'un examen rapide puisse passer à côté de cette anomalie génitale (CORDIER).

- On recherche également l'existence éventuelle de glandes génitales ectopiques dans les grandes lèvres et dans le canal inguinal afin d'éliminer une ambiguité sexuelle.

- L'orifice anal est en situation normale

- Le périnée est généralement court et souvent peu étoffé.

b - Le toucher rectal tantôt se contente de noter l'absence d'utérus perceptible, tantôt permet de découvrir devant la face antérieure du rectum un petit nodule dur correspondant à un petit utérus atrophique. Parfois, le T. R. associé au palper abdominal montre l'existence d'une grosse masse haut située, médiane, arrondie et mobile, n'empêchant pas de sentir latéralement les ovaires.

- Une masse perçues en position pelvienne pourrait être soit un hématosalpynx, soit un hématocolpos si l'aplasie vaginale incomplète laisse au dessous du col une petite portion vaginale borgne.

- Devant la perception d'une grosse masse pelvienne il faut systèmatiquement penser à la possibilité d'une ectopie rénale à préciser par urographie intra-veineuse. En effet, l'exploration de l'appareil urinaire est essentielle et l'urographie de routine.
Nous verrons plus loin, combien l'association d'anomalies génitales et urinaires est fréquente.

- La présence des ovaires est évidemment très difficile à apprécier.
L'existence de caractères sexuels normaux sera en faveur d'un tissus ovarien fonctionnel

. aspect général féminin
. seins normaux
. caractères du bassin
. disposition des poils pubiens
. répartition de la graisse sous-cutanée
. caractère de la voix
. enfin, instinct sexuel et psychologique féminin.

On pourra de la sorte dresser le bilan des anomalies génitales, mais ce bilan sera forcément incomplet pour étiqueter de façon précise la malformation.
D'où la nécessité d'examens complémentaires.

c - LA COELIOSCOPIE

Les renseignements fournis par cet examen sont précieux. Dans la grande majorité des cas, il donne des renseignements suffisants sur l'état des organes génitaux internes.

d - L'UROGRAPHIE intra-veineuse complétée de cystoscopie révèle les anomalies urinaires :

. rein ectopique
. rein unique pelvien
. hydronéphrose
. dédoublement urétéral

e - Les investigations biologiques confirment habituellement les données de l'examen clinique.

- L'étude de la courbe thermique et les dosages hormonaux classiques reflètent un fonctionnement ovarien normal.

- Le sexe chromatinien est généralement positif avec présence d'un corpuscule métachromatique paranucléaire.

- Le sexe chromosomique est de type XX donc indiscutablement féminin.

f - La biopsie de la gonade - si elle existe - précise l'existence d'un tissu ovarien fonctionnel.

2 - CLASSIFICATION DE CES ANOMALIES

Au terme de ce bilan complémentaire, l'anomalie pourra alors être classée.
L'embryologie nous permet d'isoler trois tableaux différents avec la possibilité d'anomalies associées.

a - absence isolée du vagin (fig. 4)

- assez rare : 1 cas sur 100 pour COUNSELLER
  9 cas sur 63 pour MAC INDOE
- Trompes et utérus normaux
- Le col utérien débouche dans un haut vagin borgne.

b - absence de vagin, avec des anomalies du tractus génital interne (fig. 5-)

- Agénésie vaginale
- Utérus atrophique souvent bipartitus
- Mais, trompes normales et perméables : c'est le symdrome de ROKITANSKY - KUSTER - HAUSER avec ses nombreuses variations.

. Ebauché d'utérus unicorne avec une seule trompe -

. Trompes dont l'aspect est normal au niveau de l'ampoule et du pavillon, alors qu'elles sont par ailleurs grêles,
Les grossesses étant dans tous les cas impossibles.

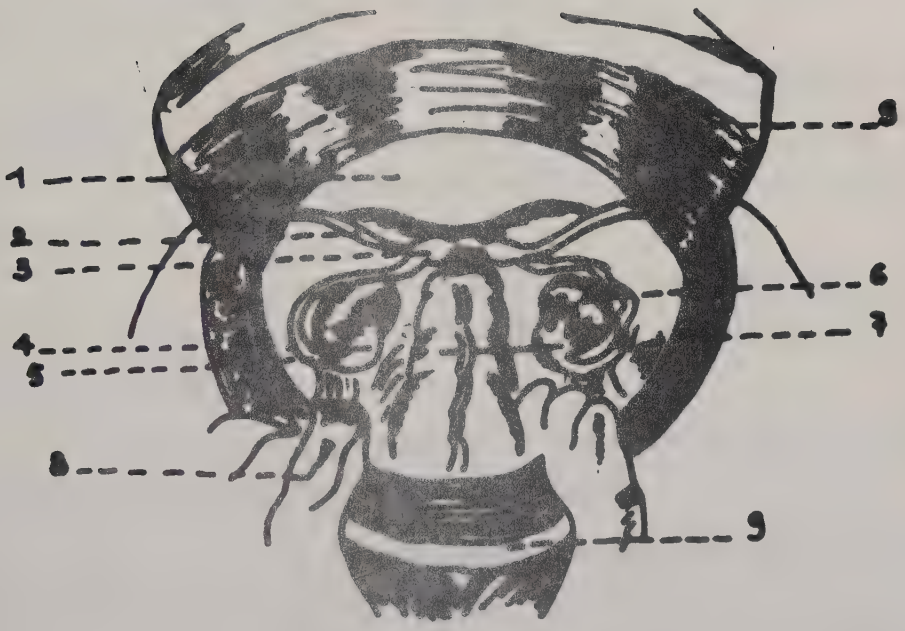


fig. 5 Syndrome de ROKITANSKY.

1. Dôme vésical
2. Ligament rond
3. Hémi-utérus atrophique
4. Pavillon tubulaire
5. Trompe de Fallope
6. Ovaire
7. Recto-sigmoïde
8. Compressés refoulant les anses grêles
9. Valves

c - Absence de vagin avec absence d'organes génitaux internes (fig. 6).

L'aplasie vaginale peut en effet mais non obligatoirement faire partie de cette forme particulière de pseudo hermaphrodisme masculin qu'est le testicule féminisant (GRANJON).

L'interrogatoire retrouve parfois la notion d'antécédents familiaux :

- puberté faite dans le sens féminin, mais caractère pauvre de la pilosité pubienne et axilliaire.

- Il existe presque toujours une ébauche de vagin

- Dans les 1/3 des cas, on retrouve une hernie inguinale bilatérale contenant des gonades qui sont des testicules.

- La coelioscopie montre une cavité palvienne vide d'organes génitaux et de gonades.

- Le sexe chromosomique est masculin et la chrmatine sexuelle est négative.

d - Les anomalies associées

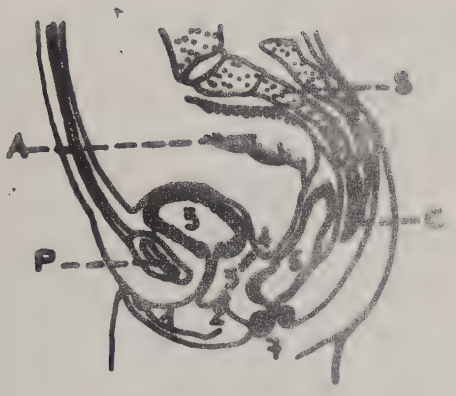
- Endométriose signalée par MATHIEU puis LEGER

- Atrésie vulvaire souvent associée à d'autres lésions en général incompatibles avec la vie (SOUSTELLE, VILLIERS et VUILLARD)

- Malformations urinaires multiples

. Absence de rein

. Rein ectopique (lombaire ou pelvien, uni ou bilatéral.

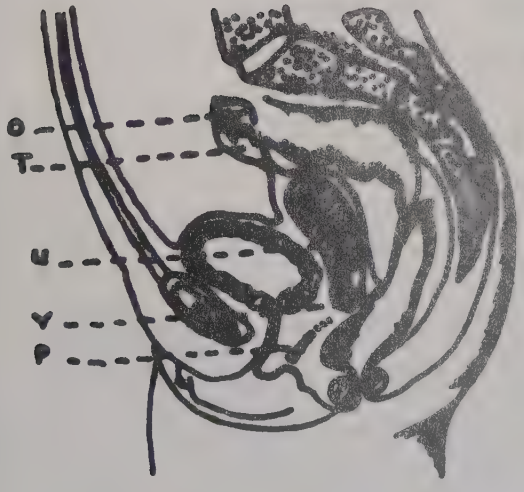


1. lèvres
2. Vestibule
3. Plan de clivage
4. Cul de sac peritonéal
5. Vessie
6. Rectum
7. Canal anal

A. Anse sigmoïde
C. Coccyx
P. Pubis
S. Sacrum

fig 6

Absence totale de vagin.



O. Ovaire
P. Plan de clivage
T. Trompe et son pavillon
U. Utérus
V. Haut vagin borgne

fig. 4

Absence isolée de vagin.

. Rein en fer à cheval

. Ectasie pyélique

. Anomalie urétérale de nombre, d'aspect ou d'abouchement.

La fréquence de ces anomalies est variable selon les auteurs :

26 cas sur 72	pour PHELAN et COUNSELLER
8 cas sur 71	pour MULLER et STOUT
21 cas sur 41	pour BRYAN
18 cas sur 35	pour COUNSELLER
5 cas sur 26	pour ROBERT
6 cas sur 23	pour CORDIER
6 cas sur 19	pour BARROWS
3 cas sur 18	pour SHEARES
4 cas sur 18	pour SNOECK et ROCHANS

- Anomalies digestives

  imperforation anale (CONWAY et STARK)

- Anomalies ostéo-articulaires :

6 cas sur 100	pour BRYAN
1 cas sur 11	pour JONES

. Spina bifida occulta

. Sacrolisation de L.5 ou lombalisation de S. 1

. Absence de coccyx et de Sacrum (GAUTHE)

. Luxation congénitale de la hanche

. Surélévation congénitale de l'omoplate

. Malformations costales.

En définitive, seuls les trois premiers tableaux retiennent notre attention.

Quant aux autres déviations de l'embryologie, il faut en connaître l'existence, savoir les rechercher, et parfois, en tenir compte dans le choix de l'attitude thérapeutique.

V - METHODES THERAPEUTIQUES

L'absence congénitale de vagin a suscité de très nombreuses tentatives de traitement.
Nous envisagerons successivement les différents procédés employés ou recommandés en signalant, leurs avantages et leurs inconvenients, puis nous donnerons les raisons qui nous font préférer les greffes de peau libre.

Deux notions anatomiques sont essentielles pour la compréhension des différentes techniques proposées.

1 - La présence constante d'un vestibule ou d'une dépression cupuliforme, ce qui permettra l'abouchement à son niveau d'un néo conduit.

2 - L'existence d'un plan de clivage inter-vésico-rectal qui sera facilement ouvert au doigt après incision cutanée, mais qui présente une tendance naturelle à se rétrécir, à se scléroser et à se fermer complétement.

Ces faits rendent licites toutes les tentatives de reconstruction vaginale, mais impliquent le maintien de la béance de la cavité par différents procédés.

A - LES TECHNIQUES

1 - METHODES NON CHIRURGICALES

La plus simple est évidemment la méthode non opératoire de FRANK.
Cette méthode consiste à exercer sur la région vulvaire au niveau de la petite dépression cupuliforme sus-hyméneale des pressions répétées, progressives et calibrées.

L'agent de pression le plus souvent utilisé est une bougie de HEGAR. La malade apprend à appliquer cette bougie pendant un certain temps et plusieur fois par jour.
Dès que la dépression obtenue est suffisante, on peut même utiliser la nuit un appareil de pression.

Cette méthode a été utilisée par de nombreux auteurs avec plus ou moins de succès (MUSSET, HERVET, LEFEBVRE et FONTAN) La technique a pour elle l'absence de tout risque chirurgical, mais c'est un procédé lent et astreignant qui peut décourager les malades les plus persévérantes. Bien que ce ne soit qu'un pis aller, les résultats ne sont pas absolument nuls. Sur 6 cas cités par ROBERT le spéculum n'a jamais pu être introduit à plus de 7 à 8 cm.

2 - METHODES CHIRURGICALES

Dans toutes les autres méthodes qui sont chirurgicales, le premier temps de l'intervention est le même :
C'est la création d'une cavité inter-vésico-rectale par clivage remontant jusqu'au cul de sac de DOUGLAS.

- La période pré-opératoire comportera une préparation colique visant à avoir un rectum vide et le plus aseptique possible, afin qu'une éventuelle, bien que rare, érosion rectale lors du décollement soit sans conséquence infectieuse au niveau de la cavité créée.

- On pratiquera rasage et désinfection habituelle à la chirurgie génitale par voie basse.

:

- La malade est mise en position gynécologique une sonde vésicale stérile est mise au début de l'intervention.

- Lr clivage commence par une incision pratiquée au niveau de l'infundibulum sus-byménéal.
Les modalités de cette incision sont variables : verticales, horizontale ou en T.
Le plus souvent, ce premier temps conduit dans un tissu cellulaire lâche qui se laisse cliver facilement au doigt jusqu'au cul de sac de DOUGLAS.
Si le clivage est difficile, il faut se guider sur la sonde uréthrale en avant et éventuellement sur l'index gauche introduit dans le rectum.
Le cul de sac est souvent assez bas, il suffit de le refouler si l'intervention comporte un second temps abdominal, sinon, il est préférable de l'ouvrir et de le refermer un peu plus haut, car la cavité créée doit atteindre environ 15 cm au dessus de l'orifice vulvaire.
Cette cavité sera faite assez large, car elle doit admettre facilement un spéculum ouvert.
L'hemostase de la cavité doit être minutieuse. Pour cela, on lie au catgut fin les vaisseaux importants, surtout au niveau des releveurs et l'on tasse ensuite dans la cavité une petite mèche impreignée de thrombase. Ce simple tamponnement suffit pour assurer l'hémostase sans perte de temps, pendant que l'on s'attaque au temps suivant.
La cavité, après ablation de la mèche, devra être sèche pour assurer les meilleures chances de succès.
Le clivage inter-vésico-rectal ne présente donc aucune difficulté particulière. Cependant un accident a été signalé par MILLER (blessure d'une artère rénale aberrante.
D'où l'intérêt de L'U. I. V. systématique.

a - LES PLASTIES VISCERALES

Les partisans de l'emploi d'un organe entier pour créer un néo-vagin se sont adressés, du fait des possibilités anatomiques, à l'intestin. Trois segments du tube digestif ont été utilisés : l'intestin grêle, le colon sigmoïde, et le rectum.

- L'ANSE ILEALE : procédé de BALDWIN-MORI (1904)

Après création de la cavité inter-vésico-rectale, on choisit par laparotomie médiane sus-ombilicale, une anse grêle située à 25 ou 30 cm du coecum. On l'isole en la sectionnant de part et d'autre ainsi que son mésentère, et on l'abaisse à la vulve où elle sera ouverte à l'union de son tiers moyen et de son tiers postérieur.
La continuité intestinale est rétablie en avant du pédicule mésentérique de l'anse exclue par une anastomose bout à bout ou latéro-latérale.

INCONVENIENTS :

- Formation d'un néo-vagin double puisque l'ouverture vestibulaire se fait sur la convexité de l'anse. MORI a amélioré la technique en fermant l'anse abaissée à une des extrémités, l'autre étant directement suturée à la vulve.

- L'abaissement est source de traction mésentérique avec risque de sphacèle de l'anse abaissée et d'occlusion par brides ou volvulus.

- Fréquence d'un prolapsus muqueux à la jonction intestin-vestibule.

- Enfin, néo-vagin sécrétant et même très sécrétant puisqu'il s'agit de l'iléon. Ces sécrétions sont irritantes pour la face interne des cuisses.

La méthode a à son actif quelques bons résultats, notamment cette malade de BAUMGARTNER qui avait poussé l'illusion jusqu'à contracter un chancre syphilitique au niveau de l'anse grêle.
Mais la mortalité reste néanmoins élevée (9 à 25 % d'après MALINAS), et malgré quelques modifications, (COSTANTINI, LETAC, BROCQ et ROBERT), la méthode est très peu suivie.

- PLASTIES SIGMOIDES

Procédé d'ALBRECHT (1911) modifié par RUGE (1913 puis CHAMPEAU (1963)
ALBRECHT réalisa la première colpoplastie à l'aide du sigmoïde par voie sacro-périnale.
Elle consiste à isoler un ségment de sigmoïde bien vascularisé, à rétablir la continuité colique, puis à abaisser dans le clivage vésico-rectal cette anse fermée à son extrémité supérieure.
RUGE, par contre préféra isoler la portion de l'anse sigmoïde par voie abdominale.

INCONVENIENTS :

- Fréquence des sécrétions et concrétions solides
- Risque de prolapsus muqueux
- Danger lié surtout à l'abaissement source de nécrose ischémique du greffon et d'occlusion due à la corde vasculaire créée par le pédicule de l'anse exclue.

Pour éviter ce danger CHAMPEAU en 1963 a imaginé la manœuvre de "Retournement Sigmoïdien", qui consiste à sectionner non plus

les Sigmoïdiens mais la ou les Sigmoïdiennes supérieures.
On fait subir à l'anse une rotation autour du pédicule vasculaire inférieur, on abaisse alors, non plus le bout dist: mais le bout proximal en antiperistaltique et l'anse peut être ainsi descendue sans traction dans la plupart des cas (ROCHET).

- PLASTIES RECTALES

L'utilisation du rectum pour la confection du vagin remonte à SNEGUIREF (1892) et POPOFF (1912).

Mais c'est là encore au début du siècle que SCHUBERT a codifié l'intervention qui porte son nom.
Cette rectocolpoplastie consiste à disséquer le rectum par voie coccygienne puis à le sectionner à 10 ou 12 cm de l'anus dont on a précedemment réalisé la libération sphinctérienne.
Le bout supérieur est abaissé à l'anus à travers le sphincter et est suturé à la marge anale. Le bout inférieur est soigneusement fermé car il va constituer le dôme vaginal, puis il est suturé à la vulve.

INCONVENIENTS :

- 3 changements de position génératrice de choc ;

- Mais surtout gros risque d'incontinence anale post-opératoire.

D'où certaines modifications ont été proposées par la suite NAKAYAMA, réalisa la libération du sigmoïde par voie abdominale. Après libération de la muqueuse anale et fermeture sur place par voie anale, le rectum exclue ainsi laissé en place, sera ouvert sur sa face antérieure pour créer le néo-vagin.

SOUSTELLE et VILLIERS, ont, de leur côté réalisé une recto colpoplastie par exculsion de l'ampoule rectale et anastomose colorectale. Ils conservent le canal anal et rétablissent la continuité par anastomose entre le colon signmoïde abaissé et le canal anal.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS

- La proximité du rectum et du néo-vagin : On réalise l'anastomose entre rectum et vestibule en le laissant en place, en conservant sa vascularisation, d'où, aucun risque d'ischémie du greffon, de sclérose inter-vésico-rectale et de rétrécissement secondaire comme dans les transplantations iléales ou sigmoïdiennes.

- Le néo-vagin garde sa souplesse et son calibre même en l'absence de vie génitale.

- amoidrissement des aléas de l'abaissement sigmoïdien, car la mobilisation colique nécessaire est plus minime que dans la plastie sigmoïdienne.

- Elle reste cependant, une intervention difficile et longue, nécessitant deux temps distincts avec deux positions successives : un temps abdominal, avec décubitus dorsal, et un temps périnéo-coccygien en position de Depage.

b - PROCEDES PLASTIQUES

Ces procédés ont la faveur de certains opérateurs qui s'adressent à un certain nombre d'artifices pour maintenir la cavité obtenue par calibrage sans transposition viscérale.

- Calibrage simple sur moule (WHARTON, SICARD, GOMBAROW)

La cavité est pérénisée par l'emploi d'un mandrin qui permet une épithélialisation progressive à partir de l'infundibulum sushyménéal.
WELLS, WHARTON, utilisèrent un mandrin de balsa ou de paraffine coiffé d'un préservatif.
KEITJAAN, SCHMIDT et ELMENDORF emploient par contre des tamponnements garnis de vernix caséosa renouvelés pendant 6 semaines.

L'épithélium induit, présente tous les caractères morphologiques d'un épithélium vaginal normal

On reprochera à cette technique :

- L'importance des granulation
- L'abondance du tissu cicatriciel
- La lenteur d'epithélialisation, le port du mandrin étant nécessaire pendant 14 et 16 mois.

- HABILLAGE DE LA CAVITE PAR GREFFE

L'imagination des chirurgiens a fait proposer les tissus les plus divers.

. membranes ovulaires : BRINDEAU (1935) puis SNOEK et ROCMANS (1950)

. muqueuse rectale : GERSURY

. prépuces d'enfant circoncis le même jour ROUHIER et POZZI

. lambeaux péritonéaux : colpoplastie péritonéale ou procédé de BLOCH qui, par la voie abdominale tapisse la néo-cavité par un lambeau péritonéal prélevé aux dépens du cul de sac de DOUGLAS.

. lambeaux cutanés :

Les greffes sont de deux sortes

1 - Les autoplasties par prélèvement limité à la région périnéo-vulvaire, dont le procédé le plus classique est celui de POZZI, ne peuvent par définition créer un vagin de profondeur suffisante et nécessitent de petites lèvres particulièrement développées.

2 - Les autoplasties étendues par lambeaux prélevés au niveau des cuisses ou par lambeaux périnéo-fessiers ont été pratiquées selon deux techniques particulières :

a - Colpoplastie par lambeau pédiculé.

Ce procédé utilisé par GRAD en 1932 consiste à prélever un vaste lambeau dont la base d'implantation linéaire large de 4 à 5 cm et située au niveau du pli génito-crural. Ce lambeau sera prélevé en plusieurs temps opératoires dans le but d'assurer une bonne vascularisation car sa taille, 15 à 20 cm de long, 8 à 12 cm de large, est importante par rapport à celle du pédicule pour que le prélèvement puisse être fait en une seule fois.

Ce lambeau est pédiculé et tubulé dans la technique de FRANK et GEITS. Le but final étant d'avoir un lambeau qui sera suturé autour d'un mandrin (face cutanée sur le mandrin) puis, basculé et introduit dans le clivage inter-vésico-rectal.

La section de la base d'implantation sera faite progressivement par petites incisions espacées de quelques jours.

LE PROCEDE DE SICARD, est une colpoplastie faite à l'aide de deux lambeaux pédiculés. Ces lambeaux longs de 15 cm larges de 4 cm ont une base d'implantation de 6 cm. Cette base suit le sillon génito-crural à sa partie antérieure, elle est donc parallèle à l'axe vulvaire. Les deux bords des lambeaux sont légèrement incurvés autour de la région périnéale

pour se diriger vers le sillon inter-fessier. Les lambeaux sont suturés l'un à l'autre par plusieurs extrémités et par leur bord de telle façon _____, qu'ils forment un tube cutané retourné et fixé à la racine des cuisses par deux bases d'implantation ; Les zones donneuses sont facilement suturées par simple rapprochement. D'autres techniques de Colpoplastie à l'aide de deux lambeaux pédiculés ont été pratiquées selon des modalités différentes, mais la technique de SICARD est sans doute la plus séduisante en raison du siège de prélèvement des lambeaux qui donne à la fois l'étoffe suffisante et un résultat esthétique acceptable au niveau de la zone donneuse.

INCONVENIENTS ; de toutes ces méthodes qui sont actuellement abandonnées.

- nécessité de plusieurs tamps opératoires
- nécrose possible
- préjudice esthétique important avec gros risque cicatriciel
- grande perte de peau, d'où vagin trop court et se rétractant secondairement
- peau des cuisses sèche, rugueuses et rarement imberbe

b - Calibrage avec greffe cutanée libre

Préconisées en 1872 par HEPPNER, ces greffes furent réalisées dès 1915 par FLYNN et par KIRSCHNER et WAGNER en 1930 selon la technique décrite par ABBE en 1898 et FORGUE 1901 ;

Utilisée dans les pays anglo-saxons sous le nom de "Méthode de Mc INDOE", cette technique a été mise au point à Paris par le Professeur CORDIER.

Elle consiste à prélever un lambeau de peau mince, si possible d'un seul tenant, à en habiller un mandrin, et à introduire ce dernier dans le clivage inter-vésico-rectal.

Le prélèvement du lambeau se fait soit au niveau des cuisses, soit de l'abdomen. On effectue ce prélèvement à l'aide du rasoir de Lagrot (nécessitant une certaine habitude pour le manier) ou au moyen du dermatome du Professeur Gosset.

Divers types du mandrin ont été utilisés : depuis la simple bougie de Hegar jusqu'à des systèmes très complexes. On a fait des mandrins en caoutchouc, en verre, en matière plastique, en pâte colombia et en plexiglass.

Le greffon obtenu est fixé autour du mandrin par quelques points de fil fin et il doit être suffisamment tendu (face cruentée à l'extérieur).
Le mandrin est ensuite introduit dans le clivage inter-vésico-rectal dont l'hémostase est assuré par des mèches imbibées de sérum. Il est maintenu en place par un système de bandes attachées à une ceinture. Il doit rester en place jusqu'à cicatrisation (10 jours), et devra être pendant un certain temps maintenu la nuit.
Il gardera ainsi à la cavité sa forme et les dimensions souhaitées.

C'est la technique qui a été utilisée par notre maître le Professeur LAGROT dans nos 6 observatoires.

- L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

- La malade est d'abord placée en décubitus pour prélever la greffe.

Au rasoir, il faut prendre un greffon d'un seul tenant de 30 cm de long, 7 cm de large et 3/10 mm d'épaisseur.
Il est placé temporairement dans un sérum physiologique tiédi.

- La malade est mise ensuite en position de taille, une sonde est placée dans l'urèthre et on se protége de l'anus.
L'incision est réalisée au niveau du vestibule.

. verticale dans le grand axe de la vulve

. ou transversale qui donne un meilleur jour

Le clivage entre vessie et rectum est amorcé aux ciseaux MAYO mousse. La dissection aussi peu traumatique qui possible est poursuivie au doigt jusqu'au cul de sac de Douglas.
Lorsqu'on est dans le bon plan, le clivage est facile, peu hémorragique, la cavité ainsi créée doit être suffisamment longue et spacieuse.

- Le mandrin est introduit dans le décollement pour voir s'il s'adapte parfaitement.
On le retire et on tamponne la cavité avec des compresses imbibées de sérum chaud.
On tapisse le mandrin avec la gaze vaselinée supportant le greffon ; La face cruentée est placée en dehors, les bords sont suturés latéralement à points séparés.
Il ne reste plus après avoir vérifié l'hémostase qu'à introduire le moule avec douceur et à le fixer à la vulve par quelques points au fil non résorbable.

Les suites opératoires sont courtes et peu douloureuses la sonde urinaire est enlevée au 8e jour.

Au 15e jour, à l'ablation du moule, la prise de la greffe est à peu près totale.
Les petits îlots qui ont parfois échoués cicatrisent par seconde intention.
La cavité est nettoygée et désinfectée, et le moule est remis en place le calibrage prolongé de la cavité est indispensable pendant au moins 6 mois.

B - OBSERVATIONS

Voici d'ailleurs les six observations qu'à bien voulu nous confier le Pr. LAGROT et qui nous ont permis de réaliser ce travail.

Toutes ces patientes ont été traitées parce que l'on peut appeler la "technique de LAGROT", et que nous venons de décrire : néo-vagin par greffe de peau mince.

- OBSERVATION N° 1

Melle F. Z., 21 ans, opérée en 1953 pour absence de vagin et d'organes génitaux internes.

- OBSERVATION N° 2

Melle D. H., 25 ans, opérée en 1953, pour syndrome de ROKITANSKY.

- OBSERVATION N° 3

Melle B. Marinette, 24 ans, opérée le 25. 5. 54, pour absence de vagin et d'utérus.

- OBSERVATION N° 4

Melle P. Yvette, 23 ans, opérée le 28. 5. 54, pour absence de vagin et d'utérus.

- OBSERVATION N° 5

Melle L. D., 24 ans, opérée en 1959, pour syndronie de ROKITANSKY

Ces 5 observations sont déjà anciennes, la 6e est récente est nous la décrirons en détail (Pr. LAGROT, Pr. COSTAGLIOLA et Dr. MICHAU), Melle E. Josette, 26 ans consulte pour la première fois en 1965 pour absence de régles sans troubles particuliers, ni bouffées de chaleur, ni malformations somatiques.

A l'examen génital

- Aspect longiligne mais ni hypertrichose, ni grosse voix, pilosité normale, seins petits, mais élevée en fille, libido et sexualité bien orientées.

- Pas de vagin, vulve et clitoris d'apparence normale, mais, pilosité modérée, vestibule borgne (2 cm).

- Le toucher rectal et le palper abdominal ne perçoivent ni utérus ni ovaires.

- LA CŒLIOSCOPIE met en évidence :

. une absence d'utérus

. pas de vestiges fibreux

. présence de deux masse lisses

et blanches, haut situées sur les parois pelviennes avec deux filets transversaux (trompes anaplasiques)

- Le Caryotype est de type masculin 2 N : 46 XY chromatine sexuelle 1 %. Chromosome X de morhpologie et taille normale.

L'anomalie est homogéne puisque rencontrée dans les 100 cellules examinées.

- Les examens biologiques montrent :

. les 17 cétostéroïdes élevés à 13 - 18., 12 mg imparfaitement déprimés par l'administration de DECTANCYL, ils subsistent à 4 mg.

. Les 17 Corticostéroïdes sont normaux 5,2 - 6,4 - 4,4. Complétement supprimés par l'administration de DEXAMETHAZONE (1,2).

. La sécrétion de folliculine est basse de type androïde 8.10 - 18 /24 h complètement supprimée par l'administration de DECTANCYL

Il n'y a pas de prégnandiol.

Elle réalise donc le 3e tableau :

Aplasie vaginale associée à une aplasie totale des organes génitaux internes.

Il s'agit d'un sujet de phénotype féminin mais de Caryotype masculin. Certes la biopsie d'une éventuelle gonade nous aiderait à préciser le cadre exact de cette anomalie (biopsie non effectuée pour des raisons psychologiques).

Ce n'est certainement pas un testicule féminisant, il s'agit vraisemblablement d'une Dysgénésie gonadique et, l'intervention chirurgicale s'imposait.

L'intervention a eu lieu en octobre 1969 alors qu'elle est fiancée et qu'elle doit incessamment se marier.

C - <u>COMPTE RENDU OPERATOIRE</u> :

1 - Les petites lèvres ne sont pas coalescentes et dessinent un petit vestibule profond de 1 à 2 cm.

. mise en place d'une sonde vésicale

. large infiltration de xylocaïne à 1/400 rétrovésicale.

. l'incision transversale du fond du vestibule permet très facilement de trouver au ciseau et au tampon monté un plan de clivage exangue. On crée facilement un tunnel inter-vésico-rectal profond de 10 à 12 cm d'un diamètre de 4 cm. Une mèche est tassée dans cette néo Cavité.

2 - Un greffon dermo-épidermique (2/10 mm) est alors prélevé sur la face interne de la cuisse gauche.

Le greffon étalé sur une compresse habille le mandrin qui est engagé dans le canal.

Après plusieurs essais de mandrin (gant gonflé, gros étui rond de comprimés) on se décide pour le tube métallique qui nous sert à faire les pansements de doigts (tube long de 15cm et large de 4 cm).

Le greffon est fermé à une extrémité, il tapisse tout le "tube guide", et est ainsi placé dans le néo-vagin. On termine par un bandage en T qui fixe l'ensemble.

Les suites opératoires immédiates sont excellentes.
Le pansement est vérifié à la 48e heure.
La prise du greffon est parfaite à 100 %
Quelques phlyctènes ont percées, des antibiotiques sont instillés et le mandrin remis en place.

La sonde urinaire est enlevé au 8e jour.

Le calibrage prolongé de la Cavité serait indispensable (6 mois), mais notre malade sort de la clinique pour se marier.

Elle a été revue en décembre 1969

- Le ménage est heureux
- sur le plan local le résultat est satisfaisant.

- mais voudrait améliorer son habitus gynoïde

- Le frottis vaginal est d'apparence fonctionnelle avec 50 % de cellules superficielles anuclées de type leucoplasie. Classe P2.

. Les professeurs LAGROT et COSTAGLIOLA en tant que plasticiens ont ainsi adopté cette technique qui bien sûr ne coupe éventuellement par les ponts pour une plastie viscérale ultérieure.

Elle leur a donné d'excellents résultats anatomiques qui se doublent d'un excellent résultat fonctionnel. Les rapports sexuels sont satisfaisants. Comme le prouvent les résultats des 6 observations.

Dans le cas de la 3e malade - malgré quelques aléas, (La greffe s'est déchirée en retirant le moule), le greffon a prix sur 5 à 6 cm sur la paroi antérieure et de 2 à 3 cm, sur la paroi latérale ; la surface restante, présente un aspect cruenté.

La malade est revue 5 mois après, l'exploration de la néo-cavité montre que l'épidermisation a un peu progressée (1cm) au niveau de la fourchette, que la greffe s'est bien maintenue, qu'elle est blanche, paraît solide et tient sur les 2/3 environ de la face antérieure du vagin et une partie de son bord latéral gauche.

Pour les autres observations, les résultats anatomiques et fonctionnels obtenus sont excellents ;

Les greffes ont pris à 100 % et on ne peut résister à l'envie de faire connaître les impressions écrites de la 6e malade (opérée en octobre 1969).

16 mois après l'intervention : "je suis la jeune fille que vous avez opérée d'une greffe pour me permettre d'avoir des rapports sexuels avec un homme, alors voilà : je suis très satisfaite de mon intervention qui me comble.....

"Mes rapports sexuels sont parfaits, et je suis comblée", ; D'autres lettres ont suivi qui montrent incontestablement les succés de l'intervention.

L'aspect du frottis veginal effectué chez cette dernière malade mérite qu'on s'y attarde un instant.

Une des critiques faites à l'égard de cette méthode est l'inutilité de la greffe, l'épithélium transplanté se transformant par métaplasie en épithélium vaginal.

Deux biopsies faites par MALINAS (observations 2 et 3), font apparaître un épithélium pavimenteux stratifié glycogéne ± positif ; l'étude des réactions hormonales réalisées par SNOECK, FANARD et ROCMANS montre que de telles muqueuses sont en tous points semblables au tissu vaginal normal. Certains auteurs, pensent donc, que la reconstitution d'une muqueuse vaginale se fait soit par transformation de la peau gréffée soit par envahissement par la muqueuse vestibulaire.

Mais la 4e observation de MALINAS va contre cette idée, et comme l'assure le PR LAGROT, la greffe ne lyse ni ne se transforme en muqueuse vaginale.

En effet la biopsie de cette 4e observation faite sur une muqueuse saillante et infectée (soins refusés par la malade) nous montre un épithélium pavimenteux stratifié qui présente sur toute une partie de la Coupe les caractères d'un épithélium vaginal. (Glycogène ++). Mais lorsqu'on suit avec

soins la basale qui ne présente aucune solution de continuité, on voit peu à peu se modifier les caractères de l'épithélium : l'aspect d'une peau normale avec sa couche cornée et ses annexes glandulaires est peu à peu acquis.

Cet aspect histologique est unique en son genre. C'est un des îlots de la greffe qui a pris et qui ne présente aucune modification. Si la peau se transformait en muqueuse de tels aspects histologiques seraient fréquents.

D'ailleurs ROBERT en 1961 affirme :

- ou le greffon prend et garde son caractère original

- ou il ne prend pas et le vagin est colonisé par la muqueuse vestibulaire qui présente les Caractères histologiques d'un vagin normal.

Mais de toute façon, il ne nous semble pas souhaitable de laisser évoluer spontanément une cavité Cruentée, car l'épithélialisation est lente, l'infection la régle, et la sclérose est inévitable.

Quelle que soit la valeur de notre greffon dermo-épidermique et son devenir, nous pensons que la greffe est indispensable pour obtenir une cavité bonne, que la peau garde ses caractères originaux ou qu'elle soit substituées par la muqueuse vestibulaire par CREEPING Substitition.

D'autres critiques ont été adressées à notre méthode :

- Le port du mandrin pendant une longue durée pour assurer une bonne prise du greffon.

- La tendance à la rétraction du néo-vagin, pour y remédier, il faut astreindre la malade à des séances de dilatation répétées.

- Les résultats anatomiques insuffisants : vagin court, sec, dont le fond est cruenté et bourgeonnant.

- Les cicatrices de prélévement visibles et inesthétiques.

Mais, vu la facilité relative de l'intervention, le peu de risques qu'elle présente et les résultats obtenus, nous ne pouvons que les réfuter.

En effet, la Colpoplastie par greffes est la seule méthode qui soit conservée au JOHN-HOPKINS-HOSPITAL (JONES).

MAC INDOE sur 105 cas trouve 89 % de résultats excellents avec un vagin de 12 X 3 cm, 8 % de résultats satisfaisants avec un vagin de 7 X 3 cm et 5 % de mauvais résultats avec un vagin inférieur à 5 cm.

THOMPSON, WHARTON et TE LINDE, obtiennent 81 % de succés sur 19 cas.

BRYAN note 75 % de succés sur 70 cas.

MILLER et STOUT 90 % de succés sur 37 cas.

Signalons enfin que SHIRODKAR donne l'assurance que la greffe libre réussit toujours dans une vagino-plastie à la condition de créer la Cavité dans l'espace cellulaire latéral à gauche où à droite de la ligne médiane (4 succés sur 4 interventions) ;

Quant aux résultats fonctionnels, la correspondance de notre dernière malade montre qu'ils sont excellents, mais faute de recul suffisant nous ne pouvons pas préjuger de l'avenir lointain de ces greffes.

Au total, en raison de la bénignité du geste chirurgical dans la greffe libre et les bons résultats fonctionnels, nous ne pouvons que vivement conseiller l'utilisation de ce procédé.

VI - INDICATIONS THERAPEUTIQUES ET CHOIX DE LA METHODE

Lorsqu'on se trouve en présence d'une aplasie congénitale de vagin deux questions se posent :

- Y-a-t-il lieu de faire quelque chose ?
- Quelle technique faut-il utiliser ?

De toute façon la légitimité de l'intervention n'est plus guère discutée puisque cette dernière permet à une jeune fille de se marier, à des conjoints, d'avoir une vie sexuelle normale et peut conduire rarement à la possibilité de menstruation et de grossesse.

L'intervention permet dans certains cas de traiter la cause d'un déséquilibre psychique encore que ces cas méritent grande réflexion et avis du psychiatre.

A - Auparavant, il est nécessaire de confronter un certain nombre d'éléments pour décider de l'opportunité du traitement chirurgical.

1 - L'Age : mise à part l'indication impérieuse de drainage d'une hématométrie, d'un hématocolpos haut situé, il ne faut opérer que des adultes.

2 - Le degré de la malformation vaginale : un vagin simplement court peut être traité non par une intervention mais par pression instrumentale répétée chaque jour cependant une demi-heure.

3 - Les malformations génitales associées quand tout l'appareil génital est malformé le traitement aura pour seul objectif de permettre une vie sexuelle normale, tout espoir de maternité étant à jamais interdit et la malade devant en être avertie. On réalise simplement par l'intervention

"un fourreau à Coït" (BROCK).

4 - Au contraire quand il existe une absence isolée de vagin avec utérus fonctionnel sous jacent ce qui est rare (4 cas sur 100 pour BRYAN), il devient légitime de pratiquer une intervention qui puisse laisser espérer une restituo ad intégrum avec règles, grossesses et accouchements normaux.

5 - Enfin en dernier lieu le contexte psychique garde toute son importance. La demande réfléchie d'un traitement exprimé par une malade volontaire et le désir de mariage de la malade est également une condition nécessaire sans laquelle les chances de succès sont compromises à cause des risques de rétrécissement post-opératoires.

L'utilisation fonctionnelle fréquente et prolongée du néo-vagin est la seule condition de son habitabilité.

B - Contre Indications

Il existe des conditions anatomiques qui sont des Contre-Indications formelles à toute chirurgie par voie haute.

. Quand il existe des malformations urinaires sérieuses telle que rein pelvien, rein en gros normal mais unique, bifidité urétérale.

. L'intervention devra être refusée aux femmes qui ne s'intéressent pas à la vie sexuelle dont la libido est quasiement nulle et chez celles à psychisme déficient qui viennent un jour réclamer la création d'un noé-vagin mais sans aucune idée de suite.

Dans les cas, où l'intervention s'avérerait nécessaire le problème de choix du type l'intervention va se poser:

C -CHOIX DU TYPE D'INTERVENTION

Il existe quelques cas où le choix de l'intervention peut être nettement orienté.

- Quand le vestibule est nettement et facilement dépressible il est logique d'utiliser la méthode de FRANK par dépression progressive. Elle a donné en effet à certains d'excellents résultats.

Si le résultat est insuffisant elle n'empêche en rien une tentative chirurgicale secondaire, mais il ne faut pas poursuivre cette méthode trop longtemps en raison de son caractère nettement astreignant.

- A côté des discussions sans fin mettant aux prises les partisans des gestes dits bénins mais dont le résultat fonctionnel serait médiocre et les tenants des interventions majeures où il existe un risque non négligeable (qui est inhérent à toute chirurgie abdominale majeure) mais dont les résultats fonctionnels seraient meilleurs. "La malformation étant compatible avec la vie, toute intervention présentant des risques léthaux inacceptables devra être rejetée impitoyablement" (MALINAS).

Le choix du type d'intervention est souvent une question d'école et de spécialité chirurgicale, mais il faut bien tenir compte de deux éléments essentiels :

* Le risque opératoire
* Les résultats obtenus

Entre les techniques complexes de transposition d'un segment intestinal et les méthodes non sanglantes de Création d'un néo-vagin, par manoeuvre transcutanée, le traitement

chirurgical de l'aplasie congénitale du vagin semble devoir bénéficier des progrès de la chirurgie plastique.

C'est ainsi que la néocavité créée par le clivage recto vésical sera tapissée d'une greffe cutanée mince. Le succès fonctionnel est assuré et le risque opératoire minime.

VII - CONCLUSION

L'absence congénitale de vagin a fait depuis longtemps l'objet de nombreuses études puisque sa découverte remonte au XVIe siècle.

L'ambryologie actuelle ne permet pas de trancher définitivement de l'origine de ces malformations mais nous conduit à distinguer trois tableaux différents :

- Absence isolée du vagin (cas le plus rare)
- Absence du vagin associée avec des anomalies sous-jacentes
- Absence du vagin avec absence d'organes génitaux internes.

Cliniquement, le diagnostic est assez évident à condition de pratiquer un examen approfondi. Toutefois l'exploration du psychisme et de la libido est importante.

L'importance des malformations associées du système génital et de l'arbre urinaire justifient certaines méthodes d'exploration telles que l'urographie intra-veineuse et surtout la Coelioscopie.

Les divers procédés de traitement proposés n'ont pas fait l'unanimité des auteurs, toutefois, il faut toujours rejeter les méthodes qui présentent un risque certain tels que les plasties viscérales.

Les méthodes de vaginoplastie par greffe de peau mince selon le "procédé de LACROT" sont incontestablement peu dangereuse et les résultats obtenus par ces techniques sont

bons quoique contestés.

Ces procédés en raison des avantages certains

. Intervention anodine

. Résultats anatomiques et fonctionnels excellents méritent selon nous d'être retenus avant tous les autres.

VU le président de thèse.

VU et permis d'imprimer

TOULOUSE le 19. 6. 1972

Le Président du Conseil

de l'Université PAUL SABATIER

L. LARENG.

VIII - BIBLIOGRAPHIE

1 - ABBE R. NEW méthods of creating a vagina in a Case of congénial absence. Med Rec N. Y 1898, 54, 836.

2 - AMELINE A. Considérations pratiques sur la Création d'un néo-vagin par clivage inter-vésico-rectal. Bull Fed gyn obst. L. F 1961, 13, 113, 116.

3 - AMMUSSAT Gazette Med 1835, 2° S, 111

4 - BALDWIN J. F. The formation of an artificial vagina by intestinal transplantation.
Ann. of Surgery 1904, 40, 398.

5 - BRINDEAU A. LAMTUEJOUL O. et HUBERT L.
Création d'un vagin artificiel à l'aide de membranes ovulaires d'un oeuf à terme. gyn et obst. 1946, 45, 417 422.

6 - BROCQ P. et ROBERT H. A propos de l'opération de BALDWIN-MORI Technique, résultats, critique des divers procédés. gyn et obst. 1951, 50 229 259.

7 - BRYAN A. L NIGRO J. A ant COUNSELLER V. S, one hundred cases of gonfénital absence of the vagina.
Surg gyn obst. 1949, 88, 79 86

8 - CHAMPEAU M. et GAUTHE J. Néo-vagin par plastie sigmoïdienne. Etude critique à propos d'une intervention.
Press. Red 1963, 71.

9 - COPDIER G. et THOYER ROZAT J., traitement chirurgical de l'absence congénitale du vagin. Bull Fed Soc obst. 1955, 7, 334 361.

10 - CORDIER G. et MALINAS Y., 12 observations d'absence de vagin. Greffes vaginales libres. Devenir de la greffe
Mein Acad. chirur. 1951, 77,149 157.

11 - CORDIER G. et THOYER ROSAT J. et VILAN R., le traitement de l'absence congénitale du vagin.
Press. Med 1963, 71, 161 162

12 - CONSTANTINI H. sur un point de technique opératoire dans l'opération de BALDWIN. Création d'un vagin artificiel à l'aide d'une anse grêle exclue.
Press. Med 1924

13 - COTTE G. et SANTY P., Création d'un néo-vagin aux dépens du rectum suivant la technique de SCHUBERT modifiée
- Lyon chirur. 1948, 43, 257 265
- Mem Acad chirur. 1948, 74, 54 57

15 - COUNSELLER V. S. L'absence congénitale du vagin
- J. A. M. A. 1948, 136, 861 866
- 100 cas d'aplasie. Surgery gyn and obst Janvier 1949.

16 - DOUGLAS M. The construction of an artificiel vagina by the tube graft methos.
AM. Y. obst gyn 1938, 35, 675 680

17 - FORGUE, Intestin grêle, Rectum, ou simplement greffe de TIERSCH ? Paris médical 15 décembre 1934, 63, 497.

18 - ERANK R. T Formation of an artificiel vagina without an opération. AM J obst gyn 1938, 35, 1053 1055.
- évolution of treatement of congénital absence of vagina J. of Mt Sinaï, hapi 1941,7262.

19 - FRANK R. T et GEITS S.M., The formation of an artificial vagina by a new plastic technic
AM. J obst 1927, 14, 712 718.

20 - GAUTHE J., L'absence congénitale du vagin et son traitement. Thèse Paris 1963.

21 - GOMBAROW, Grossesse après création d'un néo-vagin
Zeut für gynäk octobre 1933.

22 - GRAD, Surgery gyn ans obst 1932, 54, 200.

23 - GRANJON A et CHEVALIER G., Malformations congénitales du vagin Encyclop. méd. chirur. gyn 1965, 1, 120.

24 - GROSSMAN, Zeut für gynäk 1939, 63, 1810

25 - HAREL L. M A propos de deux cas d'aplasie congénitale du vagin traités par plastie sigmoïdienne
Thèse Paris 1965

26 - HOLMES W. R and WILLIAMS G.A, The formation of an artificial vagine without opération by the Frank Méthod AM. Y obst and gyn 1940, 39, 144.

27 - KIRSCHENER et WAGNER, Un nouveau procédé pour créer un vagin artificiel.
Deutsh Zeintsch für chir, 1930, 225, 242 246.

28 - LEGER (L) Absence de vagin et endométriose génitale.
Mem Acad. chirur. 1951, 77, 183 185

29 - LETAC R. COMTES S. et D'ALMERIA J.
Un cas d'opération de BALDWIN-MORI pour absence congénitale de vagin, technique permettant de diminuer les risques.
Bull Soc Path exot 1957, 50 976

30 - MAC INDOE A. H, Treatment of congénital absence and obliterative conditions, Brit. J of plastic surg 1950, 2, 254 267.

31 - MAC INDOE A. H and BANNISTER J. B. An opération for the Cure of congénital absence of the vagina
- J; obst. gyn Brit emp 1938, 45, 490 495
- Am J of surgery 1937, 38, 176

32 - MALINAS Y. Absence congénitale du vagin, Etude chimique, embyologique et biologique, indications thérapeutiques. Thèse Paris 1951.

33 - MATHIEU J. Absence congénitale de vagin
In : les Dysparennies et les anaphrodisies chez la femme. XIIIe congrés français gyn BIARRITZ 1949; Page 100 119.

34 - MILLER, The surgical correction of congénital Aphasy of vagina, AM. J. obst gyn., page 735 1945.

35 - MOCQUOT P. et PALMER R. Traité de technique chirurgicale. Mass édition, Paris 1960.

36 - MORI, Zeut für gynäk 1909, 33 172

37 - MULLER P. L'absence congénitale du vagin. Problème étiologiques diagnostiques et thérapeutiques.
Gaz, med. de France 1962, 69, 2277 2289

38 - MUSSET R. HERVET E. LEFEBVRE PH. et FONTANT R., Trois observations de guérison fonctionnelle non chirurgicale d'absence congénitale de vagin. Bull Fed Soc gyn obst L. F 1961, 13, 117 121.

39 - NAKAYAMA (Y), opération for making the artificial vagina (NAKAYAMA'S METHOD).
Keis J. Med 1956, 5, 215 236.

40 - NOVAK F., Création d'un vagin artificiel à l'aide du colon sigmoïde. C. R. Soc franç. 1964, 34, 411 413.

41 - PHILIPPE P., Etude critique du traitement des vagins artificiels par les greffes et les moules,
Thèse Lyon 1954.

42 - PILKINGTON J. W., Pregnancy and spontanéous. Delivery follouring opération for congénitale atrésia of the vagina.
AM; J obst. gyn. 1959, 78 ; 804 804.

43 - POLLOSSON E., La place des greffes et des moules dans le traitement des absences congénitales du vagin.
Bull Fed Soc gyn obst L. F 1955,7,356 359

44 - POPOFF ; D. D, kolpoplastik Z. B. L gyn 1918, 42, 639

45 - POZZI ; Rev gyn chirur. 1911, 17, 97

46 - ROBERT H. G. L'absence congénitale du vagin et son traitement.
Sem hop, Paris 1951, 27, 3032 3040
Avenir des épithéliums transplantés dans la chirurgie de l'absence du vagin, gyn obst 1961,60, 249 258
_ La place de la méthode de FRANK dans le traitement dc l'absence du vagin. Relation da 6 cas
Bull Fed Soc gyn obst, 1961,3,121 126

47 - ROCHET Y. CHABERT L. M et MOUSSELON J.
Le traitement de l'absence congénitale du vagin par la plastie signmoïdienne (à propos de 3 cas)
Lyon chirur. 1966, 62, 401 408.

48 - ROUHIER, Acad, Chirur. 1936, p. 1001.

49 - RUTY J., Contribution à l'étude du traitement chirurgical des absences congénitales du vagin
thèse Lyon 1959

50 - SCHUBERT
- Arch f ; gynäk 1930, 141, 228
- Ber Ges gynäk 1933, 23, 241
- Beilageherft Z. Zeitrsch. F.
Geb. und gyn 1936 Bd 113

51 - SHIRODHAR M. VM , rapport sur la technique du vagin artificiel ou vagino-plastie. CR Soci Franç. gyn, 1957, 22, 154 155.

52 - SICARD A., la création d'un néo-vagin par simple épidémisation sur moule. Sem Acad. Chirur. 1951, 77, 169 172
- La réfection d'un néo-vagin absent, doit rester une opération simple et bénigne.
Bull Fed Soc gyn et obst. 1961, 13, 118 130.

53 - SICARD A. GERMAIN A. et LAMY M.
Absence congénitale du vagin traitée par la méthode antoplastie avec greffes pédiculées.
Mem ACAD CHIR 1953, 69, 562 563.

54 - SNOEK J. et ROCMANS M., A propos de 8 cas d'absence congénitale du vagin traitée chirurgicalement
BRUXELLES Med 1950, 30, 683 706

55 - SOUSTELLE J. VILLIERS H. et VUILLARD P.
Traitement chirurgical de l'aplaisie vaginale
Simep éditions Lyon 1967

56 - THOMPSON J. D WHARTON L. R et TE LINDE R. W
L'absence congénitale du vagin AM J. obst gyn. 1957, 74, 397 404.

57 - WHARTON L. R., A simple méthod of construction a vagina : report of 4 cases. Am surg. 1938, 107, 842 845
- Further expériences in constructions of the vagina : report of 12 cases, AM surg. 1940, 111, 1010 1020
- Spontanécus perforation of recto-vaginal septum 5 weeks after construction of the vagina Am Surg. 1945, 121, 530 533.

58 - WILLIAMS B., Formation of an artificial vagina by the Frank Méthod. J. obst. gyn. Brit Emp 1957, 64, 241 242.